

Ordonnance
portant introduction de la loi fédérale sur les prestations
complémentaires à l'AVS et à l'AI (Oi LPC)

du 16.09.2009 (état au 01.01.2020)

Le Conseil-exécutif du canton de Berne,

vu les articles 2, alinéa 2, 10, alinéa 2, 14 et 21 de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (loi sur les prestations complémentaires, LPC)¹⁾, les articles 5 et 6, alinéa 3 de la loi du 27 novembre 2008 portant introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LiLPC)²⁾,

sur proposition de la Direction de la justice, des affaires communales et des affaires ecclésiastiques,

arrête:

1 Prestation complémentaire annuelle

Art. 1 *Définition du foyer*

¹ Sont considérées comme des foyers les institutions qui disposent d'une autorisation cantonale d'exploiter en vertu de l'ordonnance du 18 septembre 1996 sur les foyers et les ménages privés prenant en charge des personnes tributaires de soins (ordonnance sur les foyers, OFoy)³⁾ ou de l'ordonnance du 4 juillet 1979 réglant le placement d'enfants⁴⁾.

² Si l'octroi de l'autorisation d'exploiter a été délégué à une autorité communale, l'autorisation d'exploiter ainsi octroyée par l'autorité communale est assimilée à une autorisation d'exploiter cantonale.

¹⁾ RS 831.30

²⁾ RSB 841.31

³⁾ RSB 862.51

⁴⁾ RSB 213.223

* Tableaux des modifications à la fin du document

Art. 2 * *Frais de séjour imputables maximaux pour les foyers ou les hôpitaux*

1. Catégorie de foyers et d'hôpitaux

¹ Les frais de séjour imputables maximaux pour les foyers et les hôpitaux sont établis en fonction de trois catégories:

- a** les foyers et les hôpitaux qui figurent sur une liste cantonale des hôpitaux et des établissements médico-sociaux au sens de l'article 39 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)⁵⁾ et qui, entre le 1^{er} janvier 1991 et le 31 décembre 2010,
1. n'ont reçu aucune subvention d'investissement du canton de Berne au sens de la législation sur l'aide sociale ou
 2. ont reçu des subventions d'investissement du canton de Berne au sens de la législation sur l'aide sociale et les ont remboursées jusqu'au 31 janvier 2011 ou
 3. ont reçu des subventions d'investissement du canton de Berne au sens de la législation sur l'aide sociale et ont conclu avec la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale une convention au sujet de leur remboursement (art. 33a);
- b**
1. les foyers et les hôpitaux qui figurent sur la liste des hôpitaux et des établissements médico-sociaux du canton de Berne, qui ont reçu entre le 1^{er} janvier 1991 et le 31 décembre 2010 des subventions d'investissement du canton de Berne au sens de la législation sur l'aide sociale, ne les ont pas remboursées jusqu'au 31 janvier 2011 et n'ont conclu avec la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale aucune convention au sujet de leur remboursement ainsi que
 2. tous les autres foyers du canton de Berne;
- c *** les foyers situés à l'extérieur du canton de Berne, qui sont considérés dans le canton d'implantation comme des homes au sens de l'article 25a de l'ordonnance fédérale du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OPC-AVS/AI) et qui ne sont pas visés à la lettre a.

⁵⁾ RS 832.10

Art. 3 * *2. Foyers et hôpitaux figurant sur la liste des hôpitaux et établissements médico-sociaux du canton de Berne*

¹ Pour les personnes occupant en permanence ou pour une longue durée une place de la liste des hôpitaux et établissements médico-sociaux du canton de Berne (art. 2, al. 1, lit. a), les montants journaliers maximaux reconnus au titre de dépenses sont les suivants: *

<i>a *</i> Degré de soins 0:	CHF 164.00
<i>b *</i> Degré de soins 1:	CHF 165.40
<i>c *</i> Degré de soins 2:	CHF 177.80
<i>d *</i> Degrés de soins 3 à 12:	CHF 187.00

² Les soins requis sont attribués au moyen du système d'évaluation BESA (Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem [Système de classification en degrés de soins et de décompte des prestations concernant les résidents]) ou RAI/RUG (Resident Assessment Instrument/ Resource Utilization Group).

³ Pour les personnes occupant en permanence ou pour une longue durée une place de la liste des hôpitaux et établissements médico-sociaux du canton de Berne, le degré de soins dans le cadre du système BESA est attribué au moyen du catalogue des prestations de 2010. La version du logiciel doit être au moins la version 4.0. Le degré de soins dans le cadre du système RAI/RUG est attribué au moyen de la version RAI/RUG 2.0 (indice suisse, Berne 2015). *

⁴ Le résultat de l'examen des soins requis permet, au moyen du tableau de l'annexe 1, de fixer le degré de soins selon le système central. Celui-ci est déterminant pour le calcul des prestations complémentaires.

⁵ Les informations nécessaires au calcul des prestations complémentaires pour les personnes occupant en permanence ou pour une longue durée une place de la liste des hôpitaux et établissements médico-sociaux du canton de Berne doivent être transcrites sur une attestation de tarif reconnue par la Caisse de compensation du canton de Berne (CCB). Elles doivent être confirmées sur l'attestation de tarif par un membre du corps médical ainsi que par la direction du foyer ou de l'hôpital. *

Art. 3a * *3. Foyers et hôpitaux figurant sur la liste des hôpitaux et établissements médico-sociaux d'un autre canton*

¹ Les frais de séjour imputables maximaux pour les personnes occupant en permanence ou pour une longue durée une place de la liste des hôpitaux et établissements médico-sociaux d'un autre canton (art. 2, al. 1, lit. a) sont régis par l'article 3, alinéa 1. *

² Pour les personnes occupant en permanence ou pour une longue durée une place de la liste des hôpitaux et établissements médico-sociaux d'un autre canton, les soins requis et le degré de soins sont attribués en vertu de l'article 3, alinéas 2 et 4. *

³ Les informations nécessaires au calcul des prestations complémentaires pour les personnes occupant en permanence ou pour une longue durée une place de la liste des hôpitaux et établissements médico-sociaux d'un autre canton doivent être transcrites sur une attestation de tarif reconnue par ce dernier. Elles doivent être confirmées sur l'attestation de tarif par les personnes que le canton en question aura désignées. *

Art. 4 * *4. Foyers et hôpitaux au sens de l'article 2, lettre b*

¹ Les personnes qui, en permanence ou pour une longue durée, occupent une place de la liste des hôpitaux et établissements médico-sociaux dans un foyer ou un hôpital, au sens de l'article 2, alinéa 1 lettre b, chiffre 1 ou séjournent dans un foyer ou un hôpital au sens de l'article 2, alinéa 1 lettre b, chiffre 2 se voient accorder un montant maximal journalier de 135 francs. *

² Les informations nécessaires au calcul des prestations complémentaires doivent être transcrites sur l'attestation de tarif reconnue par la Caisse de compensation du canton de Berne (CCB). Elles doivent être confirmées par la direction du foyer ou de l'hôpital.

Art. 5 * *5. Foyers au sens de l'article 2, lettre c **

¹ Les personnes séjournant en permanence ou pour une longue durée dans un foyer ou un hôpital au sens de l'article 2, lettre c se voient accorder un montant maximal journalier de 135 francs.

Art. 6 *Dépenses personnelles*

¹ Pour les personnes qui, en permanence ou pour une longue durée, occupent une place de la liste des hôpitaux et établissements médico-sociaux ou séjournent dans un foyer ou un hôpital au sens de l'article 2, alinéa 1, lettre b, chiffre 2 ou article 2, alinéa 1, lettre c, la somme mensuelle de 367 francs est reconnue au titre de dépenses personnelles. *

2 Remboursement des frais de maladie et d'invalidité

2.1 Dispositions générales

Art. 7 *Rapport aux prestations d'autres assurances*

¹ Un droit au remboursement des frais au sens de l'article 6 LiLPC n'existe que dans la mesure où ces frais ne sont pas déjà pris en charge par d'autres assurances.

² L'octroi d'une allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI, de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire n'est pas assimilé à une prise en charge par d'autres assurances.

Art. 8 *Montant des frais de maladie et d'invalidité à rembourser*

1. Principe

¹ Les frais de maladie et d'invalidité sont remboursés par année civile au maximum à concurrence des montants prévus par l'article 14, alinéas 3 à 5 LPC et l'article 19b de l'ordonnance du Conseil fédéral du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OPC AVS/AI)¹⁾.

Art. 9 *2. Droit pendant une partie de l'année*

¹ S'il n'existe un droit à des prestations complémentaires annuelles que pour une partie de l'année seulement, le montant maximal total au sens de l'article 8 peut néanmoins être remboursé.

Art. 10 *3. Obtention d'une allocation pour impotent*

¹ En cas d'augmentation du montant remboursable au sens de l'article 14, alinéa 4 LPC ou de l'article 19b OPC AVS/AI, l'allocation pour impotent de l'AI ou de l'assurance-accidents et la contribution d'assistance de l'AVS ou de l'AI sont déduites des frais, dûment établis, au sens des articles 15, 16 et 18. Le remboursement ne peut toutefois pas être inférieur au montant selon l'article 14, alinéa 3, lettre a LPC. *

² Dans la mesure où l'assurance-maladie a pris en compte l'allocation pour impotent de l'AI ou de l'assurance-accidents ou la contribution d'assistance de l'AVS ou de l'AI pour fixer le montant des frais de soins à domicile qu'elle est tenue de rembourser, l'allocation pour impotent n'est pas déduite des frais considérés. *

¹⁾ RS 831.301

³ Dans le cas visé à l'article 14, alinéa 5 LPC, les alinéas 1 et 2 sont applicables par analogie.

Art. 11 *Lieu de l'origine des frais*

¹ Les frais de maladie et d'invalidité qui sont causés en Suisse sont remboursés.

² Les frais causés à l'étranger sont remboursés uniquement

- a si les mesures médicales se sont révélées indispensables pendant un séjour hors de Suisse ou
- b si les mesures indiquées du point de vue médical ne pouvaient être appliquées qu'à l'étranger.

Art. 12 *Période déterminante pour le remboursement*

¹ Les frais de maladie et d'invalidité sont remboursés pour l'année civile au cours de laquelle la facturation a été établie.

Art. 13 *Examen du caractère économique et de l'opportunité des prestations*

¹ La CCB peut demander au cas par cas à des services spécialisés de déterminer le caractère économique et l'opportunité de la fourniture des prestations.

2.2 Les différents types de frais

Art. 14 *Soins dentaires **

¹ Seuls sont remboursés les frais des médecins-dentistes qui détiennent une autorisation cantonale de pratiquer à titre indépendant délivrée par le canton dans lequel ils exercent leur profession.

² Le tarif de l'assurance-accidents, de l'assurance militaire et de l'assurance-invalidité (tarif AA/AM/AI)¹⁾ pour le remboursement des honoraires des prestations dentaires et le tarif AA/AM/AI pour le remboursement des travaux de technique dentaire sont déterminants.

³ Si le coût du traitement dentaire (frais de laboratoire inclus) risque, selon toute vraisemblance, de dépasser 1500 francs, un devis conforme aux positions du tarif AA/AM/AI doit être établi. *

¹⁾ A commander auprès du Service central des tarifs médicaux LAA, case postale 4358, 6002 Lucerne

Art. 15 *Aide, soins et tâches d'assistance à domicile**1. Soins à domicile*

¹ Sont considérées comme des soins toutes les prestations au sens de l'article 7, alinéa 2 de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS)¹⁾.

² Il n'est pas remboursé de frais pour des prestations au sens de l'alinéa 1, à l'exception *

a * de la participation aux coûts des bénéficiaires de prestations au sens de l'article 25d de l'ordonnance du 24 octobre 2001 sur l'aide sociale (OA-Soc)²⁾ et

b * des soins de base nécessaires au sens de l'article 7, alinéa 2, lettre c, chiffre 1 OPAS, qui sont dispensés par des membres de la famille.

³ Les frais, dûment établis, pour les soins de base dispensés par des membres de la famille (al. 2, lit. b) sont remboursés au tarif horaire de 25 francs et jusqu'à concurrence de 9600 francs par an, si lesdits membres de la famille ne sont pas pris en compte dans le calcul de la prestation complémentaire. *

Art. 16 * *2. Aide et tâches d'assistance à domicile*

¹ Sont considérés comme aide et tâches d'assistance à domicile

a les visites régulières permettant de retarder ou d'éviter l'admission dans un foyer ou un hôpital de personnes souffrant de déficits cognitifs ou de maladies psychiques, vivant seules et ayant occasionnellement besoin d'un contrôle ou d'une surveillance minime;

b l'accompagnement lors de promenades hors du domicile visant à préserver la mobilité, à maintenir un contact avec le monde extérieur et à prévenir l'immobilité, l'isolement social et la souffrance psychique;

c l'aide apportée lors d'enchaînement de mouvements, en dehors de toute séquence thérapeutique, visant à maintenir ou à rétablir les capacités ou l'autonomie de la personne;

d la présence d'une personne permettant de décharger ponctuellement les membres de la famille s'occupant d'une personne mourante, en complément aux prestations de soins palliatifs ou d'un adulte souffrant de déficits cognitifs qui nécessitent une surveillance permanente et

¹⁾ RS 832.112.31

²⁾ RSB [860.111](#)

e l'installation, la location et la maintenance d'un système d'appel d'urgence pour les personnes qui courent des risques de chutes, afin d'éviter leur admission dans un foyer ou un hôpital.

² Ont droit aux prestations prévues à l'alinéa 1 les personnes qui

a bénéficient d'une allocation pour impotent et

b * démontrent, en présentant un rapport médical succinct de dix lignes au plus, qu'elles remplissent les conditions énumérées à l'alinéa 1.

³ Le rapport médical succinct de dix lignes au plus (al. 2, lit. b) est présenté lorsqu'un nouveau besoin se manifeste ou que le besoin se modifie. *

⁴ Ont également droit à la prestation prévue à l'alinéa 1, lettre d les personnes qui ne bénéficient pas d'une allocation pour impotent, lorsqu'elles souffrent d'une maladie progressive, à un stade très avancé et qui, au moment où la maladie ne réagit plus à un traitement curatif, n'ont plus qu'une espérance de vie limitée. Il convient de prouver la nécessité de recourir à cette prestation au moyen d'un rapport médical succinct de dix lignes au plus qui précise dans quelle mesure les conditions prévues à l'alinéa 1, lettre d sont remplies.¹⁾ *

⁵ Lorsque l'attestation du besoin est démontrée par un rapport médical succinct de dix lignes au plus, au sens de l'alinéa 2, lettre b, les frais pour les prestations au sens de l'alinéa 1 sont remboursés à un tarif horaire de 46 francs au maximum, avec un forfait de déplacement journalier de 5 francs. *

⁶ Si la personne assurée vit dans un appartement protégé rattaché à un foyer qui fournit les prestations, aucun forfait de déplacement au sens de l'alinéa 5 n'est remboursé. *

⁷ Les frais d'aide ainsi que les frais découlant des tâches d'assistance dispensées par des membres de la famille sont remboursés au tarif horaire de 25 francs et jusqu'à concurrence de la perte de gain au plus si lesdits membres de la famille²⁾

a ne sont pas pris en compte dans le calcul de la prestation complémentaire;

b subissent, en raison des prestations fournies, une perte de gain notable pendant une période prolongée et

c n'ont pas encore atteint l'âge ordinaire donnant droit à la rente de l'AVS.

⁸ La personne assurée a droit au remboursement des frais au sens de l'alinéa 7 sur présentation d'un rapport médical succinct de dix lignes au plus indiquant dans quelle mesure les conditions énumérées à l'alinéa 1 sont remplies. *

¹⁾ Ancien alinéa 3

²⁾ Ancien alinéa 6

Art. 17 * 3. *Aide et tâches d'assistance au ménage*

¹ Les frais, dûment établis, inhérents à l'aide nécessaire ainsi qu'aux tâches d'assistance apportées dans la tenue du ménage sont remboursés.

² Lorsqu'une attestation du besoin au sens de l'alinéa 3 et un rapport médical succinct de dix lignes au plus démontrent que ces prestations sont nécessaires pour la personne assurée, les frais pour les prestations au sens de l'alinéa 1 sont remboursés à un tarif horaire de 46 francs au maximum, avec un forfait de déplacement journalier de 5 francs. *

³ Le besoin est établi au moyen du formulaire d'évaluation des besoins (aide au ménage) de l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile ou du Resident Assessment Instrument-Home-Care (RAI-HC, Formulaire Module Ménage). Le formulaire d'évaluation, accompagné du rapport médical succinct de dix lignes au plus (al. 2), est présenté lorsqu'un nouveau besoin se manifeste ou que le besoin se modifie. *

⁴ Si la personne assurée vit dans un appartement protégé rattaché à un foyer qui fournit les prestations, aucun forfait de déplacement au sens de l'alinéa 2 n'est remboursé. *

⁵ Si une organisation fournit lors de la même intervention des prestations d'assistance et des prestations d'aide ménagère, un seul forfait de déplacement est remboursé.

⁶ Si la personne assurée ne touche pas d'allocation pour impotent, un montant annuel maximum de 9600 francs sera versé pour des prestations d'aide ménagère (al. 2 à 5). *

⁷ Les frais inhérents à l'aide fournie par les membres de la famille ou par des tiers ne sont remboursés que si le membre de la famille ou le tiers ne vit pas dans le même ménage que la personne assurée. Ces frais sont pris en compte jusqu'à concurrence de 25 francs l'heure et de 4800 francs par année.

⁸ La personne assurée a droit au remboursement des frais au sens de l'alinéa 7¹⁾ sur présentation d'un rapport médical succinct de dix lignes au plus indiquant dans quelle mesure les prestations d'aide ménagère lui sont nécessaires. *

¹⁾ Rectifié par le Conseil-exécutif le 28 octobre 2015 en application de l'article 27 de la loi sur les publications officielles; ACE n° 1266.

Art. 18 *4. Aide, soins et tâches d'assistance à des personnes d'un degré d'impotence moyen ou grave par du personnel engagé directement*

¹ Les frais pour le personnel engagé directement pour des soins et des tâches d'assistance en vertu d'un contrat de travail sont remboursés aux bénéficiaires d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave vivant à domicile pour autant que

- a* ces prestations ne puissent pas être dispensées par un fournisseur de prestations autorisé par l'article 51 de l'ordonnance du Conseil fédéral du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)² et que
- b* le type et le volume des prestations, qui, en l'espèce, ne peuvent pas être dispensées par un fournisseur de prestations autorisé par l'article 51 OA-Mal, et le profil exigé de la personne à engager aient été déterminés préalablement par un ou une spécialiste que la CCB désigne.

² Si la personne engagée ne répond pas au profil déterminé, il n'est pas remboursé de frais.

Art. 19 *Aide, soins et tâches d'assistance à des invalides séjournant dans des structures de jour*

¹ Les frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance afférents à des invalides séjournant dans un foyer de jour, un atelier d'occupation ou une structure de jour analogue sont remboursés

- a* si la personne invalide y séjourne plus de cinq heures par jour et
- b* si la structure de jour relève d'une institution publique ou d'une institution privée reconnue d'utilité publique.

² Les frais pris en compte sont limités à 45 francs au plus par journée passée par la personne invalide dans la structure de jour.

³ Il n'est pas remboursé de frais si la personne invalide

- a* reçoit plus de 50 francs en espèces par mois pour l'activité qu'elle exerce dans la structure de jour ou
- b* séjourne dans un foyer avec calcul de la PC au sens de l'article 10, alinéa 2 LPC.

²) RS 832.102

Art. 20 *Cures balnéaires et séjours de convalescence prescrits par un médecin*

¹ Les frais afférents à des cures balnéaires prescrites par un médecin à la personne assurée sont remboursés, après déduction d'un montant approprié pour les frais d'entretien, si, durant la cure, celle-ci était sous contrôle médical.

² Les frais afférents à un séjour de convalescence de la personne assurée dans un foyer ou dans un hôpital et les séjours de la personne assurée dans un foyer ou dans un hôpital afin de décharger les proches sont remboursés, après déduction d'un montant approprié pour les frais d'entretien, s'ils sont prescrits par un médecin.

³ Les montants maximaux prévus aux articles 3, 4 ou 5 s'appliquent par analogie.

⁴ Il n'est pas remboursé de frais, en dérogation à l'article 11, alinéa 2, pour les cures balnéaires et les séjours de convalescence effectués à l'étranger.

Art. 21 *Régime alimentaire*

¹ Les frais supplémentaires, dûment établis, occasionnés par un régime alimentaire médicalement nécessaire et prescrit par un médecin, sont considérés comme frais de maladie pour autant que la personne assurée ne vive pas dans un foyer ou dans un hôpital. Un montant annuel forfaitaire de 2100 francs est remboursé.

Art. 22 *Transports*

¹ Les frais dûment établis sont remboursés dans les cas suivants:

- a* les transports qui résultent d'une urgence en Suisse,
- b* les transferts indispensables en Suisse,
- c* les transports vers le centre de soins médicaux le plus proche,
- d* les transports vers des structures de jour (art. 19).

² Les frais d'utilisation d'un moyen de transport public en deuxième classe sont remboursés pour les transports au sens de l'alinéa 1, lettres c et d. Si la maladie ou le handicap de la personne assurée l'oblige à recourir à un autre moyen de transport, les frais occasionnés sont remboursés.

Art. 23 *Moyens auxiliaires et appareils de soins*
1. Principes du remboursement

¹ Les taxes de remise ou les frais de location des moyens auxiliaires ou des appareils de soins au sens de l'annexe 2 sont remboursés.

² Les frais d'achat, et non les taxes de remise ou les frais de location sont remboursés lorsque

- a il s'agit d'un objet spécifiquement signalé dans l'annexe 2;
- b les taxes de remise ou les frais de location prévisibles sont plus élevés que les frais d'achat.

³ Les taxes de remise, les frais de location ou d'achat d'appareils de soins au sens du chiffre 2 de l'annexe 2 sont remboursés uniquement pour les soins à domicile.

Art. 24 *2. Attestation*

¹ Lorsqu'il apparaît douteux qu'un moyen auxiliaire ou un appareil de soins soit nécessaire, économique ou adéquat, la personne assurée doit produire une attestation délivrée par un médecin, un service social de l'aide aux invalides ou un service d'ergothérapie.

² Pour ce qui est des appareils acoustiques, l'attestation au sens de l'alinéa 1 doit être délivrée par un expert reconnu ou une experte reconnue par l'assurance-invalidité pour effectuer des expertises de tels appareils.

³ Les frais des examens sont remboursés.

Art. 25 *3. Remboursement en cas de remise de moyens auxiliaires par l'AVS*

¹ Les bénéficiaires d'une rente de vieillesse de l'AVS ont droit à un remboursement équivalant au tiers de la contribution fournie par l'AVS en faveur des moyens auxiliaires qui figurent dans l'annexe de l'ordonnance du DFI du 28 août 1978 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse (OMAV)¹⁾.

Art. 26 *4. Moyens auxiliaires et appareils de soins achetés à l'étranger*

¹ Si un moyen auxiliaire ou un appareil de soins, dont les frais d'achat sont remboursés, est acheté à l'étranger, les frais sont remboursés si le prix payé est nettement inférieur à celui fixé en Suisse.

Art. 27 *5. Remise et reprise d'appareils provenant de dépôts de l'AI*

¹ Si un moyen auxiliaire ou un appareil de soins remis en prêt est disponible dans un dépôt de l'AI, il n'est pas possible de prétendre à l'obtention d'un appareil neuf.

¹⁾ RS 831.135.1

² La reprise, l'entreposage et la réutilisation de moyens auxiliaires et d'appareils de soins remis en prêt sont régis par les prescriptions de l'ordonnance du 29 novembre 1976 du DFI concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (OMAI)²⁾.

Art. 28 *6. Frais de réparation, d'adaptation, de renouvellement et dépenses résultant d'un entraînement particulier*

¹ Les dispositions de l'ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité s'appliquent par analogie au remboursement des frais de réparation, d'adaptation et de renouvellement ainsi qu'à celui des dépenses résultant d'un entraînement particulier à l'emploi de moyens auxiliaires ou d'appareils de soins.

Art. 29 *Participation aux coûts au sens de l'article 64 LAMal*

¹ La participation prévue par l'article 64 LAMal aux coûts des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'article 24 LAMal est remboursée.

² Si une personne assurée a opté pour une assurance-maladie avec une franchise plus élevée que le montant prévu par l'article 103, alinéa 1 OAMal, la participation aux coûts remboursée s'élève à 1000 francs par année au plus.

³ La contribution journalière aux frais de séjour en cas d'hospitalisation prévue à l'article 64, alinéa 5 LAMal n'est pas remboursée.

3 Organisation et procédure

Art. 30 *Compétence et requête*

¹ La Caisse de compensation du canton de Berne (CCB) est compétente pour fixer et verser les prestations complémentaires.

² Toute personne requérante doit faire valoir son droit aux prestations complémentaires par écrit auprès de l'agence AVS de son lieu de domicile.

³ La personne requérante est en droit de se faire représenter si elle ne peut faire valoir elle-même ses intérêts.

Art. 31 *Vérification des données*

¹ L'agence AVS vérifie si les données sont complètes et exactes, établit les faits, procède en règle générale à une première estimation du droit et transmet le dossier accompagné de sa proposition à la CCB.

²⁾ RS 831.232.51

Art. 32 *Décision et paiement*

¹ La CCB examine la proposition de l'agence AVS et notifie sa décision par écrit à la personne requérante.

² La CCB vire en principe les prestations complémentaires sur un compte bancaire ou postal. Dans certains cas, elle peut

a * charger l'agence AVS de les verser en espèces et assortir le versement de charges;

b rembourser directement au fournisseur les frais de maladie et d'invalidité facturés qui n'ont pas encore été acquittés.

³ ... *

Art. 33 *Compensation*

¹ Le remboursement de réductions de primes versées sur la base de l'ordonnance cantonale du 25 octobre 2000 sur l'assurance-maladie (OCAMal)¹⁾ peut être compensé par des prestations complémentaires échues.

3a Remboursement des subventions d'investissement ***Art. 33a *** *Remboursement volontaire*

¹ Les foyers et les hôpitaux qui figurent sur la liste des hôpitaux et des établissements médico-sociaux peuvent rembourser les subventions d'investissement versées entre le 1^{er} janvier 1991 et le 31 décembre 2010 par le canton au sens de la législation sur l'aide sociale. Les subventions d'investissement qui sont versées pour des cas particuliers tels que le respect du standard Minergie 2010 ou des mesures de confortement parasismique ne sont pas concernées.

² Les foyers et les hôpitaux qui veulent rembourser les subventions d'investissement doivent conclure une convention de remboursement avec la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale. Cette convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

³ Lors de la conclusion de la convention de remboursement, les conditions suivantes s'appliquent en particulier:

a le montant du remboursement est calculé au pro rata du temps écoulé;

b le montant à rembourser est exigible au 31 janvier 2011;

c un intérêt moratoire au sens de l'alinéa 4 est dû pour les remboursements effectués après le 1^{er} février 2011;

d le remboursement doit être effectué jusqu'à la fin 2020 au plus tard.

¹⁾ RSB 842.111.1

⁴ Le montant de l'intérêt moratoire est fixé pour 2011 en fonction du taux hypothécaire de référence fourni par l'Office fédéral du logement. Pour les années suivantes, le montant de l'intérêt moratoire est fixé selon le taux hypothécaire de référence du mois de mars de l'année précédente, augmenté d'un supplément. En 2012, le supplément s'élève à 0,25 pour cent puis s'accroît pour chacune des années suivantes de 0,25 pour cent. A partir de 2017, le supplément n'augmente plus.

Art. 33b * *Caducité de l'obligation de rembourser sous condition*

¹ L'obligation de rembourser imposée lors de l'octroi d'une subvention d'investissement pour les cas où le foyer ou l'hôpital ferait l'objet d'une aliénation totale ou partielle, changerait d'affectation ou verrait son exploitation suspendue ou restreinte, devient caduque si

- a une convention de remboursement a été conclue (art. 33a) ou si
- b la subvention d'investissement a été octroyée avant 1991.

4 Dispositions transitoires et dispositions finales

Art. 34 *Appartements protégés*

¹ Les appartements protégés rattachés à un foyer sont considérés jusqu'au 31 décembre 2012 au plus tard comme faisant partie d'un foyer reconnu, si

- a le foyer dispose d'une autorisation d'exploiter au sens de l'ordonnance sur les foyers;
- b un système d'appel d'urgence est disponible et qu'en cas d'appel de ce type, une personne à même d'évaluer la situation et de demander l'aide nécessaire rejoint dans les 15 minutes l'habitant ou l'habitante de l'appartement;
- c tous les habitants de ces appartements se voient délivrer une attestation de tarif prévoyant un degré de soins 0, munie de la mention «Modèle d'appartements protégés avec prestations de soins et d'assistance»;
- d le transfert vers le service hospitalier du foyer est possible à tout moment et que
- e tous les repas et le nettoyage de l'appartement sont compris dans la taxe.

² Dans le cas de personnes qui ont vécu avant le 1^{er} janvier 2013 dans un appartement protégé rattaché à un foyer conformément à l'alinéa 1, ont bénéficié de prestations complémentaires annuelles et continuent à vivre dans un tel appartement, celui-ci reste considéré, à partir du 1^{er} janvier 2013 également, comme rattaché à un foyer reconnu. *

³ Le montant de 115 francs est reconnu au maximum comme dépense imputable.¹⁾

Art. 35 *Modification d'actes législatifs*

¹ Les actes législatifs suivants sont modifiés:

1. Ordonnance du 10 septembre 1980 sur l'aide au recouvrement et les avances de contributions d'entretien pour enfants:²⁾
2. Ordonnance du 18 décembre 2002 concernant le système d'information sur les données relatives aux immeubles (Ordonnance GRUDIS):³⁾

Art. 36 *Entrée en vigueur*

¹ La présente ordonnance entre en vigueur le 1^{er} janvier 2010.

T1 Dispositions transitoires de la modification du 17.10.2012 *

Art. T1-1 *

¹ Le remboursement de l'aide et des tâches d'assistance à domicile qui ont fait l'objet d'une facturation jusqu'au 31 décembre 2012 est régi par l'ancien article 16 Oi LPC.

² Les personnes qui se sont vu établir pour l'année 2012 une facture pour l'aide et les tâches d'assistance dont elles ont bénéficié à domicile ne doivent pas remplir les conditions prévues à l'article 16, alinéa 2, lettre a Oi LPC pour avoir droit au remboursement de ces prestations si elles sont facturées entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2014.

T2 Disposition transitoire de la modification du 17.09.2014 *

Art. T2-1 *

¹ Pour toute personne séjournant en permanence ou pour une longue durée dans un foyer ou dans un hôpital figurant sur la liste des hôpitaux et établissements médico-sociaux du canton de Berne, le degré de soins fixé avant le 31 décembre 2014 reste valable au plus tard jusqu'au 30 juin 2015, pour autant que les besoins de cette personne en matière de soins ne changent pas.

¹⁾ Ancien alinéa 2

²⁾ RSB 213.221

³⁾ RSB 215.321.5

Berne, le 16 septembre 2009

Au nom du Conseil-exécutif,
le président: Käser
le chancelier: Nuspliger

Approuvée par le Département fédéral de l'intérieur le 6 novembre 2009. (ROB 10-14)

Tableau des modifications par date de décision

Décision	Entrée en vigueur	Élément	Modification	Référence ROB
16.09.2009	01.01.2010	Texte législatif	première version	09-108
11.11.2009	01.01.2001	Art. 3	modifié	09-141
11.08.2010	01.01.2011	Art. 4	modifié	10-63
11.08.2010	01.01.2011	Art. 5	modifié	10-63
11.08.2010	01.01.2011	Titre 3a	introduit	10-63
11.08.2010	01.01.2011	Art. 33a	introduit	10-63
11.08.2010	01.01.2011	Art. 33b	introduit	10-63
08.12.2010	01.01.2011	Art. 34 al. 2	modifié	11-3
26.10.2011	01.01.2012	Art. 2	modifié	11-127
26.10.2011	01.01.2012	Art. 3	modifié	11-127
26.10.2011	01.01.2012	Art. 3a	introduit	11-127
26.10.2011	01.01.2012	Art. 4	modifié	11-127
26.10.2011	01.01.2012	Art. 5	titre modifié	11-127
17.10.2012	01.01.2013	Art. 2 al. 1, c	modifié	12-87
17.10.2012	01.01.2013	Art. 16	modifié	12-87
17.10.2012	01.01.2013	Art. 34 al. 2	modifié	12-87
17.10.2012	01.01.2013	Titre T1	introduit	12-87
17.10.2012	01.01.2013	Art. T1-1	introduit	12-87
04.12.2013	01.01.2014	Art. 14	titre modifié	14-9
04.12.2013	01.01.2014	Art. 14 al. 3	modifié	14-9
12.03.2014	01.04.2014	Art. 16 al. 2, b	modifié	14-35
12.03.2014	01.04.2014	Art. 16 al. 3	modifié	14-35
12.03.2014	01.04.2014	Art. 16 al. 5	modifié	14-35
12.03.2014	01.04.2014	Art. 16 al. 6	modifié	14-35
12.03.2014	01.04.2014	Art. 16 al. 8	introduit	14-35
12.03.2014	01.04.2014	Art. 17	modifié	14-35
26.03.2014	28.04.2014	Art. 17 al. 4	modifié	14-36
17.09.2014	01.01.2015	Art. 3 al. 1	modifié	14-84
17.09.2014	01.01.2015	Art. 3 al. 3	modifié	14-84
17.09.2014	01.01.2015	Titre T2	introduit	14-84
17.09.2014	01.01.2015	Art. T2-1	introduit	14-84
17.09.2014	01.01.2015	Annexe 1	Contenu modifié	14-84
16.09.2015	01.01.2016	Art. 3 al. 1, a	modifié	15-78
16.09.2015	01.01.2016	Art. 3 al. 1, b	modifié	15-78
16.09.2015	01.01.2016	Art. 3 al. 1, c	modifié	15-78
16.09.2015	01.01.2016	Art. 3 al. 1, d	modifié	15-78
16.09.2015	01.01.2016	Art. 16 al. 2, b	modifié	15-78
16.09.2015	01.01.2016	Art. 16 al. 3	modifié	15-78
16.09.2015	01.01.2016	Art. 16 al. 5	modifié	15-78
16.09.2015	01.01.2016	Art. 17 al. 2	modifié	15-78
16.09.2015	01.01.2016	Art. 17 al. 3	modifié	15-78

Décision	Entrée en vigueur	Élément	Modification	Référence ROB
16.09.2015	01.01.2016	Art. 17 al. 6	introduit	15-78
19.10.2016	01.01.2017	Art. 3 al. 1, a	modifié	16-064
19.10.2016	01.01.2017	Art. 3 al. 1, b	modifié	16-064
19.10.2016	01.01.2017	Art. 3 al. 1, c	modifié	16-064
19.10.2016	01.01.2017	Art. 3 al. 1, d	modifié	16-064
19.10.2016	01.01.2017	Art. 16 al. 2, b	modifié	16-064
19.10.2016	01.01.2017	Art. 16 al. 3	modifié	16-064
19.10.2016	01.01.2017	Art. 16 al. 4	modifié	16-064
19.10.2016	01.01.2017	Art. 16 al. 5	modifié	16-064
19.10.2016	01.01.2017	Art. 16 al. 8	modifié	16-064
19.10.2016	01.01.2017	Art. 17 al. 2	modifié	16-064
19.10.2016	01.01.2017	Art. 17 al. 3	modifié	16-064
19.10.2016	01.01.2017	Art. 17 al. 8	modifié	16-064
08.11.2017	01.01.2018	Art. 3 al. 1	modifié	17-055
08.11.2017	01.01.2018	Art. 3 al. 3	modifié	17-055
08.11.2017	01.01.2018	Art. 3 al. 5	modifié	17-055
08.11.2017	01.01.2018	Art. 3a al. 1	modifié	17-055
08.11.2017	01.01.2018	Art. 3a al. 2	modifié	17-055
08.11.2017	01.01.2018	Art. 3a al. 3	modifié	17-055
08.11.2017	01.01.2018	Art. 4 al. 1	modifié	17-055
08.11.2017	01.01.2018	Art. 6 al. 1	modifié	17-055
08.11.2017	01.01.2018	Art. 10 al. 1	modifié	17-055
08.11.2017	01.01.2018	Art. 10 al. 2	modifié	17-055
08.11.2017	01.01.2018	Art. 32 al. 2, a	modifié	17-055
08.11.2017	01.01.2018	Art. 32 al. 3	abrogé	17-055
13.12.2017	01.01.2018	Art. 3 al. 1	modifié	17-067
13.12.2017	01.01.2018	Art. 3 al. 1, a	modifié	17-067
13.12.2017	01.01.2018	Art. 3 al. 1, b	modifié	17-067
13.12.2017	01.01.2018	Art. 3 al. 1, c	modifié	17-067
13.12.2017	01.01.2018	Art. 3 al. 1, d	modifié	17-067
13.12.2017	01.04.2018	Art. 15 al. 2	modifié	17-071
13.12.2017	01.04.2018	Art. 15 al. 2, a	introduit	17-071
13.12.2017	01.04.2018	Art. 15 al. 2, b	introduit	17-071
13.12.2017	01.04.2018	Art. 15 al. 3	modifié	17-071
14.11.2018	01.01.2019	Art. 3 al. 1, a	modifié	18-084
14.11.2018	01.01.2019	Art. 3 al. 1, b	modifié	18-084
14.11.2018	01.01.2019	Art. 3 al. 1, c	modifié	18-084
14.11.2018	01.01.2019	Art. 3 al. 1, d	modifié	18-084
30.10.2019	01.01.2020	Art. 3 al. 1, a	modifié	19-064
30.10.2019	01.01.2020	Art. 3 al. 1, b	modifié	19-064
30.10.2019	01.01.2020	Art. 3 al. 1, c	modifié	19-064
30.10.2019	01.01.2020	Art. 3 al. 1, d	modifié	19-064

Tableau des modifications par disposition

Élément	Décision	Entrée en vigueur	Modification	Référence ROB
Texte législatif	16.09.2009	01.01.2010	première version	09-108
Art. 2	26.10.2011	01.01.2012	modifié	11-127
Art. 2 al. 1, c	17.10.2012	01.01.2013	modifié	12-87
Art. 3	11.11.2009	01.01.2001	modifié	09-141
Art. 3	26.10.2011	01.01.2012	modifié	11-127
Art. 3 al. 1	17.09.2014	01.01.2015	modifié	14-84
Art. 3 al. 1	08.11.2017	01.01.2018	modifié	17-055
Art. 3 al. 1	13.12.2017	01.01.2018	modifié	17-067
Art. 3 al. 1, a	16.09.2015	01.01.2016	modifié	15-78
Art. 3 al. 1, a	19.10.2016	01.01.2017	modifié	16-064
Art. 3 al. 1, a	13.12.2017	01.01.2018	modifié	17-067
Art. 3 al. 1, a	14.11.2018	01.01.2019	modifié	18-084
Art. 3 al. 1, a	30.10.2019	01.01.2020	modifié	19-064
Art. 3 al. 1, b	16.09.2015	01.01.2016	modifié	15-78
Art. 3 al. 1, b	19.10.2016	01.01.2017	modifié	16-064
Art. 3 al. 1, b	13.12.2017	01.01.2018	modifié	17-067
Art. 3 al. 1, b	14.11.2018	01.01.2019	modifié	18-084
Art. 3 al. 1, b	30.10.2019	01.01.2020	modifié	19-064
Art. 3 al. 1, c	16.09.2015	01.01.2016	modifié	15-78
Art. 3 al. 1, c	19.10.2016	01.01.2017	modifié	16-064
Art. 3 al. 1, c	13.12.2017	01.01.2018	modifié	17-067
Art. 3 al. 1, c	14.11.2018	01.01.2019	modifié	18-084
Art. 3 al. 1, c	30.10.2019	01.01.2020	modifié	19-064
Art. 3 al. 1, d	16.09.2015	01.01.2016	modifié	15-78
Art. 3 al. 1, d	19.10.2016	01.01.2017	modifié	16-064
Art. 3 al. 1, d	13.12.2017	01.01.2018	modifié	17-067
Art. 3 al. 1, d	14.11.2018	01.01.2019	modifié	18-084
Art. 3 al. 1, d	30.10.2019	01.01.2020	modifié	19-064
Art. 3 al. 3	17.09.2014	01.01.2015	modifié	14-84
Art. 3 al. 3	08.11.2017	01.01.2018	modifié	17-055
Art. 3 al. 5	08.11.2017	01.01.2018	modifié	17-055
Art. 3a	26.10.2011	01.01.2012	introduit	11-127
Art. 3a al. 1	08.11.2017	01.01.2018	modifié	17-055
Art. 3a al. 2	08.11.2017	01.01.2018	modifié	17-055
Art. 3a al. 3	08.11.2017	01.01.2018	modifié	17-055
Art. 4	11.08.2010	01.01.2011	modifié	10-63
Art. 4	26.10.2011	01.01.2012	modifié	11-127
Art. 4 al. 1	08.11.2017	01.01.2018	modifié	17-055
Art. 5	11.08.2010	01.01.2011	modifié	10-63
Art. 5	26.10.2011	01.01.2012	titre modifié	11-127
Art. 6 al. 1	08.11.2017	01.01.2018	modifié	17-055

Élément	Décision	Entrée en vigueur	Modification	Référence ROB
Art. 10 al. 1	08.11.2017	01.01.2018	modifié	17-055
Art. 10 al. 2	08.11.2017	01.01.2018	modifié	17-055
Art. 14	04.12.2013	01.01.2014	titre modifié	14-9
Art. 14 al. 3	04.12.2013	01.01.2014	modifié	14-9
Art. 15 al. 2	13.12.2017	01.04.2018	modifié	17-071
Art. 15 al. 2, a	13.12.2017	01.04.2018	introduit	17-071
Art. 15 al. 2, b	13.12.2017	01.04.2018	introduit	17-071
Art. 15 al. 3	13.12.2017	01.04.2018	modifié	17-071
Art. 16	17.10.2012	01.01.2013	modifié	12-87
Art. 16 al. 2, b	12.03.2014	01.04.2014	modifié	14-35
Art. 16 al. 2, b	16.09.2015	01.01.2016	modifié	15-78
Art. 16 al. 2, b	19.10.2016	01.01.2017	modifié	16-064
Art. 16 al. 3	12.03.2014	01.04.2014	modifié	14-35
Art. 16 al. 3	16.09.2015	01.01.2016	modifié	15-78
Art. 16 al. 3	19.10.2016	01.01.2017	modifié	16-064
Art. 16 al. 4	19.10.2016	01.01.2017	modifié	16-064
Art. 16 al. 5	12.03.2014	01.04.2014	modifié	14-35
Art. 16 al. 5	16.09.2015	01.01.2016	modifié	15-78
Art. 16 al. 5	19.10.2016	01.01.2017	modifié	16-064
Art. 16 al. 6	12.03.2014	01.04.2014	modifié	14-35
Art. 16 al. 8	12.03.2014	01.04.2014	introduit	14-35
Art. 16 al. 8	19.10.2016	01.01.2017	modifié	16-064
Art. 17	12.03.2014	01.04.2014	modifié	14-35
Art. 17 al. 2	16.09.2015	01.01.2016	modifié	15-78
Art. 17 al. 2	19.10.2016	01.01.2017	modifié	16-064
Art. 17 al. 3	16.09.2015	01.01.2016	modifié	15-78
Art. 17 al. 3	19.10.2016	01.01.2017	modifié	16-064
Art. 17 al. 4	26.03.2014	28.04.2014	modifié	14-36
Art. 17 al. 6	16.09.2015	01.01.2016	introduit	15-78
Art. 17 al. 8	19.10.2016	01.01.2017	modifié	16-064
Art. 32 al. 2, a	08.11.2017	01.01.2018	modifié	17-055
Art. 32 al. 3	08.11.2017	01.01.2018	abrogé	17-055
Titre 3a	11.08.2010	01.01.2011	introduit	10-63
Art. 33a	11.08.2010	01.01.2011	introduit	10-63
Art. 33b	11.08.2010	01.01.2011	introduit	10-63
Art. 34 al. 2	08.12.2010	01.01.2011	modifié	11-3
Art. 34 al. 2	17.10.2012	01.01.2013	modifié	12-87
Titre T1	17.10.2012	01.01.2013	introduit	12-87
Art. T1-1	17.10.2012	01.01.2013	introduit	12-87
Titre T2	17.09.2014	01.01.2015	introduit	14-84
Art. T2-1	17.09.2014	01.01.2015	introduit	14-84
Annexe 1	17.09.2014	01.01.2015	Contenu modifié	14-84

Annexe 1 à l'article 3

(état au 01.01.2015)

Degrés de soins du système central	Points BESA	Indice suisse, Berne 2015
0	0	–
1	1–20	PA0
2	21–40	PA1
3	41–60	PA2, BA1
4	61–80	PB1, BA2, IA1
5	81–100	CA1, BB1, PB2
6	101–120	PC2, BB2, PC1, IB1
7	121–140	CA2, IB2, IA2
8	141–160	RMA, RLA, CB1, PD2, PD1
9	161–180	CC1, RMB, SSA, CB2
10	181–200	SE1, SSB, CC2, RLB, PE2, PE1
11	201–220	SSC
12	> 221	SE3, SE2, RMC

Annexe 2 à l'article 23

(état au 01.01.2010)

1.	Moyens auxiliaires	
1.1*	<i>Chaussures</i>	Retouches orthopédiques coûteuses aux chaussures de confection.
1.2*	<i>Lunettes à cataracte ou verres de contact après opération de la cataracte</i>	Pour les lunettes à cataracte provisoires utilisées directement après l'opération, seuls les frais de location sont remboursés.
1.3	<i>Moyens auxiliaires pour les aveugles et les graves handicapés de la vue</i>	
a	Cannes longues d'aveugles	
b	Chiens-guides pour aveugles	S'il est établi que la personne assurée saura s'occuper d'un chien-guide et que, grâce à celui-ci, elle sera capable de se déplacer seule hors de son domicile.
c	Machines à écrire en braille	
d	Appareils d'écoute pour supports sonores	Permet d'écouter des textes enregistrés sur des supports sonores.
1.4	<i>Moyens auxiliaires permettant à l'invalidé d'établir des contacts avec son entourage</i>	
a	Machines à écrire automatiques	Lorsque la personne assurée est incapable de parler et d'écrire par suite de paralysie et ne peut établir des contacts avec son entourage qu'à l'aide de cet appareil.
b	Appareils d'écoute pour supports sonores	Permet à une personne paralysée assurée qui ne peut pas lire des livres de façon indépendante d'écouter des textes enregistrés sur des supports sonores.
c	Tourneurs de pages	Lorsque la personne assurée remplissant les conditions fixées pour un appareil d'écoute pour support sonore a besoin d'un tel appareil en lieu et place d'un appareil d'écoute.
d	Dispositifs automatiques de commande du téléphone	Lorsque la personne assurée très gravement paralysée, qui n'est ni hospitalisée, ni placée dans une institution spécialisée pour malades chroniques, ne peut établir des contacts avec son entourage qu'au moyen de ce dispositif.
2.	Appareils de soins	
a	Installations sanitaires complémentaires automatiques	Lorsque la personne assurée ne peut faire sa toilette qu'au moyen de cet appareil.
b	Élévateurs pour malades	S'il est attesté médicalement qu'un tel moyen est indispensable pour les soins à domicile.
c	Lits électriques	S'il est attesté médicalement qu'un lit électrique est indispensable pour les soins à domicile.
d*	Chaises percées	
e	Potences	

Légende:

*: Les frais d'achat sont remboursés.